

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та
національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ОВЧАРУК СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 614.23
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
СТРАТЕГІЧНІ ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ
ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

С. О. ОВЧАРУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ЗОЛОТНИЦЬКА Юлія Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові)
кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **Овчарук Сергій Олександрович**
допущений до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від « ____ » грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

_____ к.е.н., професор _____ Якобчук В.П.
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

« ____ » грудня 2022 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **Овчарук Сергій Олександрович** захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____ Пугачова Н.С.
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

ОВЧАРУК С.О. Стратегічні шляхи модернізації системи управління галуззю охорони здоров'я України. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2022.

Встановлено перші та останні місця у рейтингу 100 держав світу з безоплатною, універсальною та змішаними системами охорони здоров'я за провідними показниками. Доведено далекосяжні напрями розвитку урядової політики та зображено кращі світові практики організаційно-функціональної побудови систем охорони здоров'я, що є прийнятними для впровадження у закладах охорони здоров'я України.

Ключові слова: система охорони здоров'я, громадське здоров'я, державна політика, рейтинг, медична допомога, фінансування.

SUMMARY

OVCHARUK S. Strategic ways to modernize the healthcare management system of Ukraine. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript. Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polissky National University, Zhytomyr, 2022.

The first and last places in the rating of 100 countries of the world with free, universal and mixed health care systems according to leading indicators have been established. The far-reaching directions of government policy development are proven and the world's best practices of organizational and functional construction of health care systems, which are acceptable for implementation in health care institutions of Ukraine, are depicted.

Keywords: healthcare system, public health, public policy, rating, medical aid, financing.

ЗМІСТ

ВСТУП		5
РОЗДІЛ 1	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
РОЗДІЛ 2	АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ	19
РОЗДІЛ 3	СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	30
ВИСНОВКИ		38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		41
ДОДАТКИ		46

ВСТУП

Актуальність теми. Будь-яка реформа у країні вимагає політичної волі, багато ресурсів, наукового осмислення, дослідження популяційної ментальності, підготовки кадрового складу, практичного підходу, опрацювання стратегії та тактичних кроків побудови відповідної архітектури, вивчення і можливого уникнення ризиків і передбачення результатів на які має сподіватись. Тобто, це відповідне мистецтво, а отже воно вимагає нестандартного підходу від гравців у ландшафті трансформації тої чи іншої галузі. Усвідомлюючи той факт, що неможливо заручитись одним лиш вивченням успішного досвіду розвинутих держав світу перекласти кліше реформи на нашу державу.

Незважаючи на те, що Україна, здійснюючи оголошену, впродовж вже тривалого періоду часу, реформу медичної індустрії, наразі й досі перебуває на маршруті пошуку реальних фінансово дійових та медично результативних організаційно-функціональних структур перетворень первинного щабля галузі охорони здоров'я, спеціалізованих та високоспеціалізованих лікарняних закладів, органів адміністрування, конструювання госпітальних округів, їх врядування, піднесення медичних закладів на принагідній територіальним громадам ступінь. Слід сказати, що медична реформа здійснюється поряд з іншими радикальними змінами в українському суспільстві, що безумовно, впливає і на медичну реформу. І аж ніяк не слід забувати про теперішній стан України, коли вона знаходиться у пекельному вогні розв'язаної рф повномасштабної війни.

Велика чисельність країн світу, зробили тільки їм притаманні системи для збереження, укріплення та відновлення здоров'я своїх громадян. Підмур'ям для їх проведення були включено територіальні, культурні, економічні, соціальні, адміністративно-політичні та інші атрибути їх устрою. Хоча і основні принципи цих системних конструкцій відповідають загальновідомим характеристикам, але все ж вони є достатньо розбіжними одна від іншої.

Отож, організаторам охорони здоров'я, політичним діячам, об'єднаним територіальним громадам в Україні належить досконально вивчити існуючі системи охорони здоров'я у світі і також створити власну будову низькозатратної, високоефективної системи охорони здоров'я, яка б задовольнила усім характеристикам її функцій.

Мета кваліфікаційної роботи: на основі дослідження теоретичних основ управління сферою охорони здоров'я розробити прикладний інструментарій заходів стратегічного розвитку та модернізації державної політики трансформування медичної галузі України.

У відповідності встановленій меті виконано наступні **завдання:**

- проаналізовано пріоритетні напрями державної політики у сфері надання медичних послуг;
- дослідити розвиток цифрових трансформацій в охороні здоров'я;
- узагальнити здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я;
- проаналізувати ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги;
- обґрунтувати впровадження інноваційних технологій у медичній практиці;
- розробити стратегію розвитку вторинної медико-санітарної допомоги в умовах децентралізації.
- за окремими показниками визначено найвищі рейтингові місця систем охорони здоров'я серед економічно розвинутих країн світу;
- аргументовано теоретико-методологічну сутність та організаційно-функціональну конструкцію їх систем охорони громадського здоров'я;
- аналогічно за рівноцінними індикаторами розглянути охорону здоров'я країн, що розвиваються;
- установити місце нашої країни у рейтингу держав у цій галузі господарювання;

- визначити перспективи та роль державної та місцевої політики України у функціонуванні галузі охорони здоров'я.

Об'єкт цього дослідження це процес управління в галузі забезпечення медичною допомогою населення України.

Предмет виконаного дослідження: поєднання теоретико-методичних, нормативно-правових, прикладних площин кращих світових практик у становленні сталих елементів системи охорони здоров'я заможних країн, країн що розвиваються та визначення місця України у розвитку системи охорони здоров'я.

Методологічна та теоретична основа: виконані нами дослідження склали критичний розгляд прикладних опрацювань побудови державної політики країн і наукових розвідок першорядних вітчизняних та вчених інших держав світу в розроблюванні інноваційних відмінностей організаційно-функціональних елементів систем охорони здоров'я, монографічної і періодичної наукової літератури, спеціальних видань із справи розвитку органів, установ та закладів медичної сфери країн світу та місце України яке вона посідає серед них.

Для розв'язання означених у кваліфікаційній роботі завдань застосовано загальнологічні **методи наукового дослідження**, зокрема: використано системний аналіз, наукової абстракції, компаративного аналізу, структурно-логічний, діалектичний, аналізу та синтезу, індукції і дедукції, бібліосемантичний (мета аналіз) та інші методи емпіричного рівня: описування, монографічний, медико-географічного підрахунку.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота - завершене дослідження. Представлені автором результати наукових досліджень отримані особисто автором. Висновки та пропозиції, одержані в період дослідження, спрямовано на вдосконалення власне системи забезпечення медичною допомогою для збереження і укріплення здоров'я народу України. Результати роботи опубльковані у збірниках науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг роботи. В роботі є вступ, три розділи, висновки, список літературних джерел. Основний зміст роботи викладено на 40 сторінках друкованого тексту. Список використаних літературних джерел налічує 29 джерел, що викладені на 4 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Реформа охорони здоров'я визначається як діяльність, яка змінює концепцію, стратегію та підходи до управління, прогресу системи охорони здоров'я, структуру та діяльність основних установ цієї системи. Реформа охорони здоров'я ґрунтується на нормативно-правових механізмах, наявних ресурсах та їх перерозподілі, у тому числі матеріально-технічних ресурсах, фінансових ресурсах, зміні організаційної структури та кадрового потенціалу.

Двадцять один рік тому, на державному рівні розпочалося обговорення реформування радянської охорони здоров'я. Так, 14 міністрів охорони здоров'я України, починаючи з 1996 року, намагалися донести до Кабінету Міністрів свої ідеї щодо ефективного реформування галузі. У результаті, провівши сотні годин політичних дискусій, чиновникам так і не вдалося дійти єдиної моделі національної охорони здоров'я, яка з одного боку зменшила б тиск на державний бюджет, а з іншого залишалася доступною для незахищених верств населення.

І ось, 1 серпня 2016 року на особисте запрошення Президента України на розхитане роками крісло виконуючого обов'язки міністра охорони здоров'я сідає американка з українським корінням. Їй 54 роки, а за спиною – 26 років досвіду роботи в іноземних клініках, але серед них жодного на державній службі. Уляна Супрун виглядає як чийсь злий жарт, вона плутає слова «вакцина» та «сироватка», боїться вступати в суперечки з відомими лікарями столичних клінік і навіть не коментує отруйні проти неї випадки. У той же час, спритно уникаючи всіх конфліктів, вона перебуває за крок до впровадження повного пакету наболілої медичної реформи, а це не вдавалося жодному з 14 міністрів до неї. Як попри всі очікування американці вдалося втриматися на полі битви закоренілих урядових медиків, ніхто не знає. Одні припускають, що

Супрун лобіює чийсь інтереси, інші називають її першою чесною політикою за всю історію МОЗ.

Згідно з дослідженням цього року американського аналітичного журналу *The National Interest*, у 2016 році населення України скоротилося на 170 тисяч громадян. Це фактично означає, що рівень смертності країни у півтора разу перевищив рівень народжуваності. У свою чергу журналіст видання *The National Interest* робить поправку, що військові дії на сході України лише частково вплинули на дані статистики, а ось основні причини смертності українців — шкідливі умови праці та недбале ставлення до свого здоров'я [10].

Подібну статистику підтверджують і в Держстаті: тренд «повільної смерті» у державі нотується з 1993 року. Перше місце серед її факторів передчасної смерті в Україні посідають серцево-судинні захворювання (68%), друге – злоякісні пухлини (18%), за ними містяться захворювання органів травлення, алкогольні отруєння та туберкульоз. Так, згідно з прогнозами ООН, якщо й надалі українська охорона здоров'я не вплине на скорочення депопуляції, то до 2050 року чисельність українців може скоротитися з 42 до 33 млн. У МВФ причиною такої тенденції називають «недоцільний поділ розходів» державного бюджету на охорону здоров'я країни. На медичні послуги на одного громадянина у бюджеті 2017 року виділено 46 євро (3,7% від ВВП), у той час як, за висновками ВООЗ, система охорони здоров'я не здатна виконувати свої функції при витратах на неї менше 5% від ВВП. За часів СРСР ця цифра дорівнювала 6–6,5% на душу населення. У США цей показник становить до 18%, у ФРН — 10–11% [10].

Як збільшити фінансування медичної галузі? Міжнародні експерти пропонують це зробити за допомогою обов'язкового медичного страхування (ОМС) для українців. Надходження до охорони здоров'я нині у світі, як правило, проводиться трьома шляхами: з державного бюджету, бюджетно-страхової галузі та приватнопідприємницької діяльності.

Відповідно, за розрахунками Міністерства охорони здоров'я, лише збільшення страхових внесків до Державного фонду страхування для

роботодавців у розмірі від 7–10% від місячної заробітної плати може додатково залучити до державної охорони здоров'я понад 11 млрд. грн. на рік. Таким чином, вартість запланованої страховки для офіційно працевлаштованих громадян через реформу охорони здоров'я забезпечуватимуть роботодавці, а безробітним чи самозайнятим громадянам запропонують платний пакет медичних послуг. Скільки коштуватиме державна страховка? Цифр у Міністерстві охорони здоров'я поки що не називають, гарантуючи лише, що ОМС зможуть отримати все від дітей до 16 років, студентів та до пенсіонерів. А ось вартість запровадження ЗМС, за підрахунками одного з авторів законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (№ 4981-1), коштуватиме державі 70 млрд гривень. Сьогодні в Україні медичне страхування має добровільний характер. Як правило, добровільне медичне страхування (ДМС) має успіх серед корпоративних клієнтів та забезпечених громадян. На приватних сайтах, залежно від пакету послуг, страховка коштує від 6 тисяч гривень на рік зі страховою сумою до 100 тисяч грн, а ось ВІП-пакети з масажами та «уколами молодості» можуть досягати і 50 тисяч грн зі страховими сумами до півмільйона гривень [11].

Практично у всіх країнах світу сьогодні існують системи охорони здоров'я. Це головне досягнення ХХ століття. Бідність, невисокий рівень загальної та медичної культури, слабке розвиток охорони здоров'я та інші негативні фактори призводять до незадовільний стан здоров'я — високої загальної смертності, особливо дитячої, материнської великої поширеності інфекційних, у тому числі епідемічних, паразитарних захворювань, хвороб харчування, низької середньої тривалості майбутнього життя та іншим явищам. У країнах, що розвиваються, зберігається так званий «епідемічний тип» патології. У розвинених країнах патологія переважно неепідемічна, відносно невисока загальна та дитяча смертність, інфекційні, паразитарні хвороби перестали бути провідною проблемою охорони здоров'я, практично зведені до нуля материнська смертність, тяжкі хвороби від недостатності харчування.

На сьогодні, правова база системи охорони здоров'я є досить розвинутою у своїх основах і вершиться на загальному законодавстві країни, як відкрита система, так і на тематично специфічних нормативно правових актах, відомчих та підвідомчих юридичних правил і нормативів. Передусім слід зазначити Основний закон України – Конституцію, де закладено її основні положення, які, як ми вважаємо, зважаючи на її важливість, слід привести дослівно і без купюр.

Так, статтею 49 Конституції України «гарантовано право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя» [1].

Другим основоположним документом є так звана «Медична конституція» - Основи законодавства України про охорону здоров'я. Вказаний юридичний акт засновано на підвалинах Конституції України і складається з цих Основ, їх основоположних принципів (стаття 4), других прийнятих відповідно до них правових норм, що ладнають суспільні відносини у вказаній сфері. Статтею 3 Основ регулюються наступні розуміння та ідентифікуються терміни, що уживаються цим законодавством, що є вкрай важливим для подальшого розвитку правових норм у такий важливий період як реформа. На наш погляд є необхідність зупинитися окремо на цьому перелікові визначень з точки зору їх перспективи у трансформації системи охорони здоров'я України. Конкретизовано такі дефініції: «госпітальний округ, електронна система

охорони здоров'я, життєдіяльність, загальний заклад охорони здоров'я, здоров'я, кластерний заклад охорони здоров'я, медична допомога, медична субсидія, медичне обслуговування, мережа закладів охорони здоров'я, надкластерний заклад охорони здоров'я, обмеження життєдіяльності, особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, охорона здоров'я, оцінка медичних технологій, пацієнт, послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга), домедична допомога, реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я, реабілітація, стан здоров'я, телемедицина» [2].

Основи законодавства України про охорону здоров'я цією ж статтею спрямовують нашу увагу на те, що сутність інших понять і термінів визначається другими законодавчими нормами України та фаховими глосаріями Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Сучасний технічний прогрес підносить можливості охорони здоров'я на нові висоти, що призводить до застосування новітніх технологій у медицині, а відтак стають причиною зростання її вартості. Це є особливо характерним для економічно високорозвинених країн, що спонукає їх до безперестанного та постійного перегляду цін на медичні послуги.

Намаганням зробити паралельними високу якість медичної допомоги і послуг із зменшенням їх вартості якраз, на нашу думку, і відповідають усі стратегії реформ. Тобто, говорити тільки про підвищення якості медичної допомоги без урахування фінансових витрат не є коректним і не відповідає реальній дійсності. Відтак, ми вважаємо за недолік відсутність у вказаній «медичній конституції» України терміну «система охорони здоров'я», тому що саме трансформаційні докорінні впливи на її елементи здатні здійснити реформаційні зрушення у сфері охорони громадського здоров'я, здешевити, удоцільнити, а тим самим і створити умови, що спрямовано на підвищення якості медичного впливу та для ефективного функціонування системи охорони здоров'я загалом.

Положення вказаного Закону установлюють правові, соціальні, економічні і організаційні основи, суспільної та індивідуальної охорони здоров'я громадян та нерезидентів в Україні, врегульовують публічні стосунки у індустрії для побудування гармонічного піднесення духовних і фізичних підвалин, достатньої змоги до праці і багатолітнього діяльного життя мешканців країни у стані достатньої якості, елімінації чинників, що становлять небезпечний вплив на їх здоров'я, профілактику і зменшення захворюваності, тимчасової та тривалої втрати працездатності та смертності, покращання показників спадковості.

Заради справедливості слід зазначити і те, що разом з висловленим вище, донині немає єдиної ретельно розробленої програми реформування системи охорони здоров'я. Цьому є об'єктивні та інші причини. Однією з найважливіших є те, що наша держава, вкладаючи всі наявні ресурси веде запеклу боротьбу за свою незалежність з лютим агресором з півночі, яким є окупантська рф.

Цим Законом окреслено суспільні стосунки в українському соціумі, що з'являються у галузі створення санітарного та епідемічного благополуччя, розкриваються та пояснюються відповідні права і обов'язки сторін-учасників його застосування і контролю з боку держави, інших організацій та окремих громадян України.

Відносини у галузі охорони громадського здоров'я врегульовуються й іншими пов'язаними законодавчими актами такими як: Закони України "Про захист населення від інфекційних хвороб" [4], "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" [5], "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" [6], "Про психіатричну допомогу" [7], "Про лікарські засоби" [8], іншими законодавчими актами та відомчими і підвідомчими нормативно-правовими документами, прийнятими відповідно до них [9].

У вітчизняній охороні здоров'я існує ціла низка проблем. Серед них низька ефективність витрат на охорону здоров'я в Україні, яка на наш погляд, є наслідком цілого ряду причин, серед яких слід особливо виділити:

- 1) незбалансовану програму державних гарантій безоплатного надання громадянам медичної допомоги (далі - ПДГ);
- 2) структурну диспропорцію у джерелах фінансування витрат на охорону здоров'я;
- 3) відсутність повноцінної програми амбулаторного лікарського забезпечення;
- 4) недостатню мотивацію професійних учасників системи охорони здоров'я.

Розглянемо ці причини докладніше.

Незбалансована Програма державних гарантій (ПДГ). Будь-яка державна система охорони здоров'я, по суті, може бути охарактеризована шляхом відповіді на три основні питання: (1) яка медична допомога фінансується державою? (2) хто отримує таку медичну допомогу? (3) скільки треба доплатити із власних коштів для отримання такої допомоги?

Згідно з ПДГ, будь-яка медична допомога, за винятком деяких видів стоматології та косметології, надається кожному громадянину нашої країни безкоштовно за рахунок коштів. Однак, незважаючи на гуманістичний характер такого принципу, насправді взяті державою він гарантії у сфері охорони здоров'я громадян є нездійсненними. Основна причина - неможливість повного задоволення попиту з сторони населення на послуги охорони здоров'я в умовах обмеженого фінансування. Крім того, безперервний розвиток медичної науки та техніки наводить до швидкого збільшення кількості можливих методів лікування, що розширює можливості медицини, але також потребує зростання фінансування.

Гарантії держави могли тією чи іншою мірою виконуватися 30 років тому, насамперед через серйозний дефіцит високотехнологічних методів у системі масової охорони здоров'я. Однак сьогодні з приходом у російську

дійсність інноваційних і дорогих методів принцип «усім безкоштовно» не виконується і виконуватися неспроможна за жодних обставин. Ігнорування цього державою в результаті перетворюється із турботи про громадян, яка насправді виявляється лише декларацією, у проблему, що призводить до:

- нерівність у доступі до медичної допомоги, включаючи дискримінацію літніх людей та хронічних хворих;

- дефіцит тарифу з більшості видів медичної допомоги, що тягне за собою

 - зниження якості наданої допомоги;

- непрозорим умовам участі у реалізації ПДГ для її учасників (ускладнює планування та відштовхує приватний сектор від участі у реалізації програми ЗМС).

Очевидно, що все це призводить до зниження ефективності витрачання коштів на охорону здоров'я.

«Указом Президента від 18.08.2021 № 369/2021 вводиться в дію рішення Ради національної безпеки та оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [13].

В Указі розгорнуто пласт проблем щодо індустрії охорони здоров'я таких як брак стрункої дієвої системи у підході до її реформування, єдиного медичного простору, несполучність цін на медичні послуги з реальними розходами, відсутність логічної стратегії забезпечення галузі профільними фахівцями затребуваних спеціальностей.

У відповідності до цього документу Кабінету Міністрів України доручено опрацювати Стратегічний план розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 р.[13] з метою:

- покрокового включення до цін на медичні послуги вартості медикаментів, виробів медичного призначення та інших матеріалів, що необхідні для медичних послуг у межах державної програми медичних гарантій (ДПМГ);

розробки методів контролю виконання стандартів медичної допомоги, галузевих стандартів;

упровадження показників якості надання медичної допомоги на рівні первинної ланки, основних індикаторів ефективності для керівників закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності;

розпочинання моніторингу медичних послуг відповідно до ДПМГ;

опрацювання та подання до ВР потрібних проектів законів щодо фінансування медичних послуг з урахуванням коригувальних цінових коефіцієнтів до них;

розгляду проблеми доцільності поєднання в один вид вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – спеціалізована медична допомога;

опрацювання шляхів покращення електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) у багатьох відгалуженнях у сфері охорони здоров'я, включаючи захист даних пацієнтів;

досягнення можливо найвищого рівня медичної освіти та розвитку кадрового складу, зокрема, шляхом застосування новітньої моделі інтернатури та лікарської резидентури з урахуванням вимог Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, який являє собою міжнародний юридичний норматив, що регулює порядок офіційного визнання на адміністративній території країн Європейського Союзу дипломів та інших документів, що засвідчують кваліфікацію працівника тощо. [14, 15].

У коментарях експертів до Указу Президента «серед проблем в Указі виділяють відсутність системного підходу щодо реформування системи охорони здоров'я, відсутність єдиного медичного простору, невідповідність тарифів на медичні послуги фактичним витратам, а також відсутність послідовної стратегії забезпечення галузі фахівцями необхідного профілю. В якості можливих інструментів вирішення проблем закріплені завдання Кабінету Міністрів України та ряду міністерств. При цьому необхідно

зазначити, що ряд завдань виходить за межі компетенції Кабінету Міністрів і, отже, буде вимагати внесення змін до законів» [16].

Висновки до 1 розділу

Зниження ступеня життя населення, поганого постачання ліків, старіння оснащення, збільшення захворюваності, постаріння та смертності призвели до соціальної незахищеності людей, які потрапили в критичний стан, особливо в малих віддалених громадах.

Виникла ситуація, що ускладнюється падінням суспільної культури населення, значна частина якого використовує нездорову модель життя. Зруйновано ефективну радянську профілактичну систему захворювань, спричинило занепад престижності лікарської професії – центральної персони в охороні здоров'я, позначилося відставання медичної практики від наукових успіхів.

Реалізуючи медичну реформу, Україна наразі на шляху шукання модерних фінансово та медично продуктивних організаційно-функціональних перетворень вього ланцюга галузі охорони здоров'я, адміністрування, первинного ступеня, лікарень конструкції нових зон надання медичної допомоги, їх управління, переведення їх на потрібній громадам щабель.

Багато країн світу на засадах власних економічних, правових, соціальних, етнічно-культурних, політичних, та адміністративно-територіальних особливостях побудували тільки їм властиві моделі, що забезпечують потрібний рівень здоров'я своїх мешканців. Основою для їх створення прийнято побудови цих країн. Принаймні за основних принципів їх побудови вони є досить різними. відповідає загальновідомим характеристикам, але все ж Отже, фахівцям охорони здоров'я, політикам та громадам України належить взяти за зразки кращі практики, щоб створити власну будову малозатратної, високоефективної структури охорони здоров'я, яка удоволила б усі характеристики її функціонального призначення.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Щоб цілком зрозуміти усю сутність аспектів медичної реформи потрібно розглянути основні детермінанти її об'єкту. Розглянемо їх у стислій формі.

Громадське здоров'я та охорона здоров'я – це інтегральна теоретико-живані терміни, які відображають закономірний вплив соціально-економічних чинників, навколишнього оточення на здоров'я людини та обґрунтовує систему державних, громадських та медичних заходів щодо охорони здоров'я громадян. ВООЗ вважає, що громадська охорона здоров'я – наука та практика попередження хвороб, продовження життя та зміцнення здоров'я у вигляді організованих дій, що робляться суспільством. Суспільне здоров'я - це органічне поєднання науки та мистецтво відвертання хвороб, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою упорядкованих дій та усвідомленої селекції суспільства, державних та громадських організацій, колективів та індивідуумів.

Громадське здоров'я займається загрозами для здоров'я суспільства з урахуванням аналізу стану здоров'я населення. Громадське здоров'я має багато сфер діяльності, але зазвичай включає міждисциплінарні категорії епідеміології, біостатистики та служби охорони здоров'я. Крім цього, важливими областями громадського охорони здоров'я є здоров'я навколишнього середовища, здоров'я суспільства, поведінкове здоров'я та гігієна праці.

Серед основних викликів для охорони здоров'я у XXI столітті ВООЗ називає такі:

- економічна криза;
- розширення нерівності;
- старіле населення;
- підвищення рівнів хронічних хвороб;

- міграція та урбанізація;
- погіршення навколишнього середовища та зміна клімату.

Ідентифікація здоров'я відповідно до статуту ВООЗ: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних дефектів» – це визначення наводиться у Преамбулі до Статуту ВООЗ, прийнятому Міжнародною конференцією охорони здоров'я, Нью-Йорк, 19-22.06.1946 р.; підписаному 22.07.1946 р. представниками 61 країни та який набув чинності 7 квітня 1948 р. З 1948 р. це визначення не змінювалося» [17].

Компоненти здоров'я.

Фізичне здоров'я - це підготовленість людського організму до здійснення фізичних тягарів. Душевне (психічне) здоров'я – можливість плідно робити внесок в існування своєї громади. Соціальне здоров'я - стан організму, що визначає здатність людини контактувати із соціумом.

За ознаками здоров'я прийнято різнити його чотири рівня:

- 1-й рівень - індивідуальне здоров'я (здоров'я окремої людини).
- 2-й рівень - групове здоров'я (соціальних та верств за іншими ознаками).
- 3-й рівень - регіональне здоров'я (здоров'я людей, які проживають на конкретній адміністративно-територіальній одиниці (області, міста, району тощо).
- 4-й рівень - суспільне здоров'я (громадське здоров'я, популяційне).

Під здоров'ям населення розуміють сукупність кількісних показників, що характеризують демографічні процеси, захворюваність, фізичний розвиток та інвалідність.

Якість життя.

За термінологією ВООЗ, «якість життя – оптимальний стан та ступінь сприйняття окремими людьми та населенням загалом того, як задовольняються їхні потреби (фізичні, емоційні, соціальні та ін.) та надаються можливості для досягнення благополуччя та самореалізації» [18].

Виходячи з наведених вище визначень, метою здоров'я є: «Забезпечення максимальної тривалості активного життя», що передбачає:

1. Нормальний стан організму всіх рівнях його організації – клітинному, гістологічному, органному та ін., перебіг фізіологічних та біохімічних процесів, що сприяють індивідуального виживання та відтворення.

2. Динамічна рівновага організму, його функцій та факторів зовнішнього середовища або статичну рівновагу (гомеостаз) організму.

3. Повноцінні соціальні функції людини, активна соціальна діяльність.

4. Пристосованість до змін у навколишньому середовищі (адаптація). Здоров'ятотожнюють з поняттям адаптація, так як для того, щоб система могла зберігатися, вона повинна змінюватись і пристосовуватися до змін, що відбувається у навколишньому середовищі.

5. Відсутність хвороб, хворобливих станів та хворобливих змін.

6. Повне фізичне, духовне, розумове та соціальний благополуччя, гармонійний розвиток фізичних та духовних сил організму, принцип його єдності, саморегуляції та гармонійного взаємодії всіх органів.

У світі пріоритетом стає якість життя громадян. Це досить широке поняття, яке можна описати як «Піраміди якості життя», наведеної нижче (рисунок 2.1).

Вершина піраміди - це сама якість життя. У середині - те, чим визначається якість життя, а саме фізичним добробутом та духовним благополуччям.

Заснування піраміди - це шляхи досягнення якості життя. Наприклад, фізичний добробут визначається здоров'ям та довголіттям, а також фізичним комфортом. Фізичного добробуту можна досягти завдяки сучасній медицині, здоровому образу життя, адекватного харчування та сприятливого навколишнього середовища.

В основі ж духовного благополуччя лежить можливість спілкуватися і в достатньому обсязі отримувати необхідну інформацію. В цьому колосальну роль відіграють сучасні інформаційні технології та нові покоління мобільного

зв'язку. Як видно з «Піраміди якості життя», технології, спрямовані на покращення якості життя, можна поділити на три категорії, що позначаються як БІО, ЕКО та ІНФО. Технології БІО — це ті, що базуються на біології людини. Вони спрямовані на те, щоб хвороби можна було вчасно передбачити та попередити. У цьому сьогодні ключову роль відіграє здоровий спосіб життя. А в майбутньому - наукові досягнення біомедицини будуть засновані на геноміці, біоінженерії, регенеративної медицини та біотехнології.



Рис. 2.1. Піраміда якості життя [7].

Технології ЕКО спрямовані на забезпечення чистоти внутрішньої та навколишнього середовища, що є збереженням екології. Внутрішнє середовище здебільшого визначається їжею, яку ми споживаємо. Внутрішнє середовище має бути вільним від шкідливих речовин, до яких нерідко можна віднести ліки.

Стан зовнішнього середовища багато в чому залежить від того, якою мірою ми її забруднюємо промисловими відходами та спалюємо.

Традиційні джерела енергії: вугілля та нафта. Їх краще замінити на чистіші джерела, такі як вітрова та сонячна енергія. Інформаційні технології у «Піраміді якості життя» позначені як ІНФО. Вони можуть покращити духовний добробут людини завдяки доступу до інформації та розширенню діапазону спілкування. У сучасному світі важливу роль набуває віртуальне спілкування.

Для такого спілкування, а також для доступу до інформації сьогодні практично зникають перепони. Залишається лише освоїти інформаційні технології, які стають все більш дружелюбними та зручними для сприйняття та користування. Основною умовою якості життя є здоров'я, а головною його проявом - якісне довголіття. Місією служби громадського охорони здоров'я є охорона та покращення здоров'я населення за допомогою науково-обґрунтованої профілактики, забезпечення готовності та своєчасного реагування на загрози та задоволення потреб населення в галузі суспільного здоров'я.

Існує 10 основоположних продуктивних діяльностей (функцій) публічної охорони здоров'я (ОФОЗ), що можуть бути адаптовані та використані країнами, під керівництвом та за сприяння ВООЗ, для розуміння та планування впливів щодо збільшення можливостей та сервісів громадської охорони здоров'я. Для здійснювання цих призначень найбільш дійовим та рентабельним є вживання інтегрального підходу. Виходячи з цього, ОФОЗ було поділено на дві групи по п'ять у кожній:

Базові ОФОЗ (для їх виконання необхідні навички в області громадського охорони здоров'я та фахівці): 1. Епідагляд 2. Моніторинг та реагування. 3. Захист здоров'я. 4. Зміцнення здоров'я. 5. Профілактика хвороб. 6. Забезпечення стратегічного керівництва. 7. Забезпечення сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності. 8. Забезпечення стійких організаційних структур та фінансування. 9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація). 10. Сприяння розвитку досліджень. Ці функції

зосереджені навколо трьох основних напрямів надання послуг: захисту здоров'я, превенції хвороб та зміцнення здоров'я. Вони підтримуються надійною аналітичною діяльністю та посилюються функціями, для надання послуг.

Наприкінці ХХ – на початку ХХІ століття особливо гостро постала проблема зростання витрат на функціонування систем охорони здоров'я, спричинена збільшенням необхідного охоплення медичною допомогою та її подорожчанням у розрахунку на один контакт чи одного пацієнта. У цьому зростання витрат зумовлено як зовнішніми, стосовно аналізованої системі чинниками (зростання тривалості життя, превалювання хронічних захворювань), так і внутрішніми системними чинниками, такими як неефективне функціонування галузі.

Цифровізація систем охорони здоров'я експертами розглядається як процес, здатний уповільнити темпи зростання витрат на функціонування системи, підвищити якість медичних послуг у короткостроковій та довгостроковій перспективі, підвищити клінічну, соціальну та економічну ефективність, а також підвищити доступність медичної допомоги. Зазначимо, що цей процес не є кінцевою метою, завдання цифровізації є динамічними внаслідок потреб суб'єктів, що постійно змінюються, і можливостей, що відкриваються завдяки цифровим продуктам.

Наприкінці 20-го століття до основних завдань інформатизації (термін цифровізація з'явився пізніше) охорони здоров'я відносили головним чином операційні ефекти, а саме скорочення часу пацієнта, який витрачається на отримання послуги (процедура запису на прийом); скорочення часу роботи лікаря (система підтримки прийняття рішень, швидке заповнення електронної картки). Епідемія COVID-19 форсувала процеси цифровізації охорони здоров'я, довівши, що кероване використання цифрових технологій у медицині здатне забезпечити зростання ефективності її функціонування, головним чином, за рахунок підвищення охоплення медичною допомогою та, як наслідок, своєчасності її надання.

Пацієнтоцентрованість, превентивна медицина та доказова охорона здоров'я — ті напрямки розвитку системи, які визнаються ефективними практиками та науковою спільнотою. Завдання у цих областях здатна вирішити цифровізація. І одним із найважливіших інструментів у цій галузі є створення електронної картки пацієнта або «електронної картки здоров'я». В даний час вже висувуються завдання внесення в карту здоров'я генетичної інформації, що дозволить зробити прорив у персоналізованому підході до низки захворювань. Наступним етапом вирішення проблеми прийняття цифровізації є розвиток цифрової культури як серед лікарів, так і серед пацієнтів. І тут особливу роль відіграє освіта лікарів.

Як у всьому інноваційному, не обходиться без неосмисленої надуманості деяких підходів у подальшому розвитку інформаційних технологій. Деякі дослідники наголошують на необхідності вже зараз інтегрувати ІТ-освіту до медичних спеціальностей, розвиваючи такі професії, як мережевий лікар, ІТ-медик. Однак основне питання полягає в тому, чи будуть працевлаштовані ці фахівці у майбутньому, що знову повертає нас до проблеми єдиних узгоджених дій дійових осіб у сфері цифровізації системи охорони здоров'я. Окремо відзначимо проблему організації єдиної медичної інформаційної системи, яка досі не реалізована повною мірою жодною країною. Підкреслюється, що важливо робити не скан-копії папірців, а вносити інформацію, доступну для аналізу, для чого необхідні структуровані поля єдиних довідників [19].

Нещодавно в Україні запроваджено е-лікарняні листки, що становить 98 – 99%% від паперових та лікарські рецепти. Вже створено більше 200 тис. е-рецептів та близько 10 млн. е-листків непрацездатності. Стосовно цієї роботи, то в контексті воєнного стану ухвалено певні рішення щодо перебоїв зі електропостачанням, і з доступом до Інтернету. У цьому випадку можуть бути виписані відповідні документи на паперових носіях.

За прийнятими правилами, що існують вже давно, рецепти на антибіотики є нормою за кордоном, що має за мету боротьбу з розвитком резистентності до антибактеріальних препаратів (АБП), як однією з

планетарних загроз населенню Земної кулі. Саме тому це постало як пріоритетне впровадження електронних рецептів для АБП– аби здійснювати контроль, обіг, облік для визначення тенденцій їх використання. Окрім всього, важливим є те, що контроль за обігом препаратів зза рецептами є одією з умов для вступу до ЄС нашої країни [23].

Міністерством охорони здоров'я визначено, що з листопада 2022 р. лікарські засоби із групи наркотичних та психотропних речовин, що застосовують для знеболення, відпускатимуться за електронним рецептом, (що є дійсним протягом 10 днів від дня виписки), що й тепер видаються тільки за спеціальним лікарським рецептом на бланку форми ф-3. Це стосується пацієнтів зі складними захворюваннями у паліативній практиці, наркозалежних для замісної терапії, терапії психічних розладів тощо.

У ситуації перехідного періоду, коли деякі заклади, що поки не працюють з електронною системою охорони здоров'я, поки що виписуватимуть паперові рецепти уцей період, як передбачається кінця поточного року. Це не стосується пільгових рецептів на медикаменти, які хворі отримують безкоштовно. МОЗ також зазначає, що при довготривалій чи хронічній патології або за необхідності пролонгації терапії пацієнт може повторно отримати е-рецепт дистанційно, зателефонувавши до свого лікуючого лікаря. Це рівнозначно до фізичного прийому, і пацієнт матиме смс-повідомлення з ідентифікаційними реквізитами для придбання препарату в аптеці. Для осіб же з особливим статусом винятково отримуватимуть е-рецепт виключно на фізичному прийомі [24].

Профільним міністерством наразі оновлюється система відновлення, тому що люди, які її використовують повинні отримати у лікарні допоміжні втручання. Так, людей, які знаходяться на реабілітації, сьогодні обліковує державний реєстр медичних виробів. З липня 2022 р. облік суб'єктів, що опікуються введенням в обіг реабілітаційних застосунків, перейшов до Держлікслужби від Мінсоцполітики. Технічній реалізації цього заходу передусє тендер на його розробку за допомогою довідників:

- «Допоміжні засоби для осіб з обмеженням життєдіяльності ISO 9999»[13].
- «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я»[13], який тривало перекладався і затверджувався як національний. А нині розпочато його впровадження та застосування в охороні здоров'я, соціальній, освітній, спортивній сферах та на рівні індивідуального плану реабілітації та інтеграція його з інформаційною системою Мінсоцполітики. Є сучасна потреба виокремити роботу, спрямовану на людей з обмеженням функціональності, створити більше механізмів для адаптації та повернення в соціум, використання їх вправності та здібності для самореалізації. Необхідні більш глибокі зрушення власне самого ладу інвалідності відповідно до змісту та переходу до Міжнародної класифікації функціонування.

Впровадженням новітньої функціональності системи реабілітації, формуванням індивідуального плану реабілітації мають позначатися як медичні, так і соціальні попити людини з обмеженими можливостями життєздатності, щоб навіть ранні етапи мали всі можливі інструменти надані для відновлення, адаптації та повернення в соціальне середовище. Зокрема йдеться про перспективу пееміни освіти для наступного працевлаштування. А за відсутності позитивного відновлення зробити можливим надання належних соціальних, медичних та інших послуг і допомоги.

У галузі, як один із революційних аспектів, ще одне нововведення. В українських медичних закладах віднині з'явилась офіційна посада з вищою богословською освітою і досвідом проходження післядипломної клінічної підготовки – капелани (військові священнослужителі на принципі міжконфесійності). Піонерами відзначилися лікарні Івано-Франківської, Львівської і Київської областей. Наголошується, що повномасштабна війна вимагає окрім здійснення медичної підтримки постраждалим з фізичними ураженнями, запровадження до поранених і хворих окремого специфічного неподільного підходу, враховувати психосоціальні потреби кожного пацієнта.

Багато провідних держав, ототожили посаду капелана з посадою лікаря чи психолога, як повноправного члену мультидисциплінарного колективу лікарні, коли самі пацієнти, члени їх родин, весь лікарняний персонал мають змогу використати послуги капелана. Крім того, його посаду внесено до «Національного класифікатора медичних інтервенцій» НК 026:2021, якою запроваджено підтримку пацієнтів, як духовна опіка, і що є невідривною частиною паліативної допомоги [25].

Цьогоріч, згідно до нового законодавства, в Україні також надали перші 83 мандати й військовим капеланам, як офіційним посадовим особам. Які у лавах ЗСУ здійснюватимуть свої функціональні обов'язки на засадах толерантного відношення до інших релігійних конфесій і норм НАТО [26]. На логічно синергічний зв'язок цих двох подій вказує і той факт, що у період воєнного стану в Україні всі заклади охорони здоров'я підпорядковано Збройним силам України.

За поясненнями голови профільного Комітету ВР, вже з 2023 р. Інститут раку перетворюється у державне некомерційне підприємство та буде укладати угоди з НСЗУ. Для хворих це означає, що інститут почне більш зацікавлювати пацієнта: обновлювати обладнання та підвищувати якість послуг. З метою створення можливості надання відомчим закладам перейняти принцип асигнування за надану медичну послугу, ВР прийняла відповідний закон. Одне із його положень – трансформація відомчих лікарень та закладів у державні некомерційні підприємства третинного рівня.

Розпочати трансформацію у державні некомерційні підприємства планувалося з 01.04.2022 р., але через війну плани довелось зкоригувати. Окрім очевидних переваг для пацієнтів, вбачаються вигоди і для закладу, такі як самостійне затвердження структури та штатного складу, шляхи витрат коштів від НСЗУ, величина оплати праці співробітників. Досвід показав, що міські та обласні онкоцентри, які вже минули цей етап, після укладення угод із НСЗУ показали зростання фінансування до 200% [27].

Нові пакети Програми медичних гарантій, які передбачили збільшення тарифів на стаціонарну реабілітацію, а й відтак і європейський до неї підхід у вигляді мультидисциплінарного комплексному принципу колективу спеціалістів, який працюватиме з пацієнтом упродовж не менше трьох годин сприятимуть поверненню пацієнтів у максимально стислий термін до повноцінного існування. До слова, передбачається зростання коштів на реабілітацію у стаціонарах до 33 тис. грн. на кожного хворого проти 10,5 тис. на сьогодні.

Також до нового пакету Програми медичних гарантій додано новий пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» [28].

Висновки до 2 розділу

Повномасштабна війна з рф призводить до того, що українці відчувають постійний страх. Це суттєво впливає на психологічний стан мільйонів громадян. Це нововведення відчутно вплине на спеціалізовану психологічну допомогу, а медичні заклади, де сімейні лікарі отримали належний ступінь виучки за сертифікованим напрямом і у змозі здійснювати оцінку психічного стану дорослих і дітей, міжособистісну терапію, когнітивно-поведінкове лікування та консультування, надаватимуть іншу відповідну допомогу пацієнтам із розладами, проводитимуть фармакологічну і психосоціальну корекцію у т.ч. короткотермінову психологічної підтримку.

РОЗДІЛ 3.

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

В Україні спостерігається постійне зростання смертності населення, що зумовлено низькою якістю медичного забезпечення. Проаналізовано основні переваги та коефіцієнт ефективності системи охорони здоров'я в країнах Західної Європи; систематизовано основні чинники регулювання медичного забезпечення в Україні; оцінено ефективність сучасної реформи охорони здоров'я в Україні;

Практика правового урегулювання галузі надання допомоги в західних країнах показує, що найбільш ефективним є поєднання державного бюджету та певної системи медичного страхування. Перевага державного бюджетування полягає в тому, що таким чином реалізується конституційне право громадянина на забезпечення безкоштовної меддопомоги, тим самим забезпечується високий ступінь соціального захисту. Ефективна система охорони здоров'я базується на регламентації певного переліку послуг та джерел їх фінансування. Обсяг грошового забезпечення лікарняних закладів пропорційна не числу наданих послуг і прийнятих пацієнтів, а від якості медичного обслуговування та лікування пацієнтів.

Стале збільшення асигнувань в охорону здоров'я достачає достатню якість медичної допомоги, а державний контроль над фармацевтичним ринком гарантує доступність ліків для споживачів. Окрім міністерств, фігурує фахове самоуправління медичних робітників – лікарів, провізорів із ліцензією та медичних сестер, які децентралізують адміністративно-правове регулювання у сфері. Адміністративно-правова база західноєвропейських країн надає організаціям професійного самоврядування частку урядових прав у професійних відносинах, що забезпечує високий рівень кваліфікації медичних працівників. А головне – система охорони здоров'я мотивована та орієнтована на якість надання медичних послуг. Дослідження показало, що ефективність

впровадження медичної реформи в Україні становить 32,4%. При цьому якість адміністративно-правового впливу в частині фінансування охорони здоров'я становить 14%; організаційне забезпечення – 22,7%; і за законодавчим забезпеченням становить 60,7%, з яких максимальна кількість балів припадає на початок прийняття відповідних законодавчих та нормативних актів для зростання якості медичного обслуговування в країні. На основі виявлених факторів ефективності системи охорони здоров'я в країнах Західної Європи можна виокремити наступні напрямки вдосконалення нормативно-правового регулювання охорони здоров'я в Україні з метою сприяння ефективній реалізації реформи охорони здоров'я.

Зміна нормативно-правової бази, що регулює охорону здоров'я, в тому числі законів про національну охорону здоров'я, про державну та приватну системи охорони здоров'я, про внесення змін до вже існуючих законів, які прямо чи опосередковано стосуються адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я. Догляд має базуватися на:

визначенні методів фінансування здоров'я; удосконалення адміністративної структури системи управління охороною здоров'я;

створення базового державного пакету безоплатної медичної допомоги; розроблення політики державної підтримки медичних закладів області;

розробка нових підходів до фармацевтичного ринку (жорсткий контроль цін на основні лікарські засоби та державні закупівлі ліків для медичних закладів, комбіноване постачання ліків за рахунок державного бюджету та медичного страхування).

З огляду на передовий досвід Західної Європи метою нової системи охорони здоров'я в Україні має бути забезпечення якісної медичної допомоги, доступної всім верствам населення, що можливо за умови запровадження загальнообов'язкового медичного страхування разом із бюджетним фінансуванням. Це означає, що медичне страхування потребує певних державних постанов і гарантій. Держава має не лише визначати обсяг базової медичної допомоги, але й гарантувати її отримання кожному, хто її потребує.

Важливо взяти до уваги та врахувати практику західноєвропейських країн (забезпечення обсягу фінансування охорони здоров'я в державному бюджеті не менше 6% ВВП) та затвердити за основу здоров'я принцип сімейного лікаря, а не територіальної прив'язаності, страхування.

Така концепція дозволить реалізувати право пацієнта на вибір лікаря та відповідної страхової організації. Для її реалізації необхідно підготувати належних медичних працівників та опрацювати правову структуру взаємодіяння сімейного лікаря з медичними закладами. Основою такої взаємодії повинні бути угоди між особами господарювання охорони здоров'я. Договірні стосунки стануть рушійною силою в регулюванні фінансових проблем. Рекомендує доповнити перший абзац Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [21] наступним: «Суб'єкту медичної діяльності рекомендовано укласти контракти про грошове співробітництво з державними органами та з медичними страховими організаціями».

Залучення у порядок роботи охорони здоров'я зобов'язання за двобічними договорами створює оточення для потужного суперництва поміж лікарськими закладами. Це підвищить якість послуг, реалізує привілей вибору, як пацієнта, так і медичної установи страхової організації, що в свою чергу умовить конкуренцію між ними. Актуально розуміти, що глобалізована економіка утримує ключ виживання будь-якої індустрії, а відтак й охорони здоров'я у її комерційному підмур'ї. Сьогодні в усіх місцях України, є факти порушення конституційного права громадян на отримання якісної медичної допомоги. Пацієнти, які звертаються до медичних закладів, не знають, які послуги є платними за законом.

Медичні працівники часто користуються необізнаністю пацієнтів і надають гарантований обсяг безкоштовної медичної допомоги на платній основі. Тому разом із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування необхідно розвивати систему моніторингу якості надання медичних послуг. Така система контролю має поєднуватися з удосконаленням

адміністративно-правової відповідальності. Доцільно доповнити «Адміністративні правопорушення у сфері охорони праці та безпеки життєдіяльності» такими пунктами:

1) за приховування повної інформації від пацієнтів про майбутнє лікування, неналежне оформлення необхідної документації про надання медичних послуг;

2) за стягнення коштів при наданні медичних послуг, включених до переліку гарантовано безоплатних послуг;

3) за заподіяння шкоди здоров'ю під час надання медичної допомоги та за заподіяння значної шкоди пацієнта внаслідок лікарської помилки. Зазначені адміністративні заходи не лише сприятимуть запобіганню повторним порушенням законодавства медичними працівниками, а й суттєво підвищать якість надання медичних послуг населенню та дозволять громадянам реалізувати свої конституційні права на охорону здоров'я.

Основою розвитку системи захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я в західноєвропейських країнах є державна гарантія дотримання прав пацієнтів у формі нормативно-правової бази. У чинному законодавстві України права пацієнтів прописані різноманітними юридичними актами. Тому створення узгоджено структурованого та приведеного до спільного знаменника з іншими нормативно-правовими актами Закону «Про права пацієнтів» важливо у юридичному секторі функції держави. Таким із найважливіших шляхів поліпшення адміністративно-правового регулювання бачиться ліквідація існуючого порядку атестації медичних працівників всіх ланок.

Обов'язковим є опрацювання відповідного закону щодо незалежного ліцензування лікарів. У досліджуваних нами країнах – Франції, Німеччині, Нідерландах та Великій Британії – статус органів, що ліцензують лікарів, визначено на законодавчому рівні. В Україні також існує законодавча практика щодо визначення правового статусу органів, що надають доступ до певних професій. Але у даному випадку з метою визначення еталонів та правил системи ліцензування лікарів в Україні члени складу Ліцензійної ради, яка

затверджується наказом МОЗ, мали б залучити організації лікарів та закордонних експертів, які входитимуть до журі конкурсних комісій. Також варто залучати зарубіжних експертів як дійсних учасників цих комісій чи з правами незалежних консультантів.

Оскільки здійснення медичної професії за відсутності ліцензії буде заборонено, новий закон має врегулювати також і отримання ліцензії вже сертифікованими лікарями. Можливим варіантом розради ситуації можна вбачати тільки отримання ліцензії шляхом здачі спеціального професійного випробування. Аби заінтересувати лікарів у швидкому переході на новітню систему ліцензування в проміжній стадії в Україні, потрібно опрацювати та реалізувати інформаційну кампанію для пацієнтів, з метою повідомити їх про запровадження ліцензування як підтверджувального нормативного факту фахової кваліфікації лікаря в його професії.

У країнах Західної Європи, окрім міністерств створено й інші структури, що опікується професійним самоврядування медичних і фармацевтичних працівників. Законодавство цих країн надає професійним самоврядним організаціям частку своїх державних повноважень у царині професіональних взаємовідносин. Загалом звертаємо увагу на те, що трансформування охорони здоров'я в Україні має розпочатися з ухвалення законодавства про публічно-правові професії, що може на нашу думку, радикально перетворити і надати сучасного змісту парадигмі стосунків лікаря та пацієнта.

Також неодмінною потребою є створення органу лікарського самоврядування шляхом надання законної сили проекту закону «Про лікарське самоврядування». Потрібно покрити передбачені виплати, здійснити зміни в законодавстві у сфері ліцензування господарської діяльності на фармацевтичному ринку та введення обмежень на видачу ліцензій на здійснення оптової торгівлі роздрібним торговцям, що відповідатиме європейським підходам.

Розглянемо ряд проблем і можливих рішень.

Для забезпечення ефективної взаємодії акторів системи потрібні правові акти, регламентуючі правила взаємодії суб'єктів, що беруть участь у цифровізації системи охорони здоров'я. Окрім регулюючих актів, необхідні абсолютно чотири визначені цілі, наприклад, скорочення паперового документообороту впродовж трьох років до 20% від усього документообороту.

Наступне, що необхідно, це реорганізація процесів охорони здоров'я: недостатньо просто вивести цифрові технології, багато процесів, що руйнуються не тільки збору даних та їх обробки, але й організації надання медичної допомоги з урахуванням, наприклад, можливості застосування телемедицини, напрацювання маршрутизації пацієнта, вимагають перегляду.

Не менш важливою проблемою стала проблема невідповідності цифрових продуктів потрібним характеристикам, недостатня кількість продуктів, «коробковість» цифрових рішень. Рішення полягає в організації прямої роботи з розробниками через систему відкритих інновацій. Потрібна постійна сумісна робота, особливе значення має визначення списку вимог до цифрових продуктів. Наступна важлива проблема — проблема неприйняття цифровізації співробітниками системи охорони здоров'я, головним чином, лікарями в меншій мірі пацієнтів. Дана задача може бути вирішена з розвитком менеджменту охорони здоров'я як галузевих знань, іншими словами менеджери охорони здоров'я повинні убезпечити, мотивувати співробітників використовувати ефективні цифрові технології.

«На реальному прикладі лікарям необхідно показати плюси цифровізації». Аналогічні заходи пропонуються та науковими спільнотами Європи, США. Регулярна демонстрація позитивного досвіду, залучення, втягування актів системи в цифровізацію, а не адміністративний тиск.

Наступним етапом вирішення проблеми прийняття цифровізації є розвиток цифрової культури, як серед лікарів, так і серед пацієнтів. І тут особисту роль грає освіта лікарів.

Але на нашу думку зовсім необґрунтованими є пропозиції вже зараз інтегрувати ІТ-освіту в медичні спеціальності, розвиваючи такі професії, як

мережевий лікар, IT-медик. Однак основне питання полягає в тому, чи будуть працювати ці спеціалісти в майбутньому, що знову повертає нас до проблеми єдиних узгоджених дій акторів у сфері цифровізації системи охорони здоров'я.

Окремо відмітим проблему організації єдиної медичної інформаційної системи, до цих пор не реалізовану в повній мірі ні однієї сторони. У цьому зв'язку цілеспрямовано звернемося до монографії 2013 року Інституту Медицини США (IoM), присвяченій Навчальній системі охорони здоров'я [20].

Таблиця 3.1.

Ефекти системи охорони здоров'я

	Внутрішні ефекти	Зовнішні ефекти
Короткострокові	1. Зниження витрат внаслідок інновації: змінні витрати на надання послуги (медичний та економічний ефекти).	2. Короткочасні клінічні ефекти: покращення показників здоров'я, менший за лікарняний.
Відтерміновані	3. Зниження необхідного охоплення медичною допомогою за рахунок зростання якості людського капіталу.	4. Забезпечення формування якісного людського капіталу майбутньому, тобто соціальний ефект у класифікації Попова Г.А.

Автори Штукхардт Л. і МкГінніс Дж. (L. Stuckhardt, J.M. McGinnis) надають найбільш повне зібрання досліджень про передбачувані ефекти єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, моделі системи, пропозиції щодо її розвитку та впровадження. Модель побудована на принципах пацієнтоцентрованого підходу, доказової медицини та профілактики. Дана система спрямована на постійний збір і аналіз інформації про надані медичні послуги, в тому числі в режимі реального часу, і поширення отриманих результатів. Застосування системи такого роду дозволить просувати ефективні інновації в медицині та блокувати неефективні або шкідливі продукти, так як рішення будуть ґрунтуватися на фактах і доказах (охорона здоров'я, заснована на доказах). Використання великих даних і відповідної аналітики, наприклад, дозволить агрегувати дані про лікарські засоби, зібрані побічні ефекти в певній групі населення або виниклі при спільному прийомі, не виявлені на стадії випробувань, знайти найбільш ефективне поєднання лікарських засобів і

методів лікування, кастомізувати курси надання медичних послуг на основі індивідуальних особливостей пацієнтів [21].

У таблиці 3.1 наведено класифікацію основних ефектів системи охорони здоров'я.

Висновки до третього розділу.

Необхідно враховувати всі ці ефекти при цифровізації системи. Особливу увагу слід приділяти зовнішнім відстроченим ефектам. Саме збереження здоров'я має стати на чільне місце в державній медичній політиці, яка повинна сприяти вирішенню проблем стратегічного розвитку галузі, забезпечити перспективи цифровізації і формування людського капіталу. Вимагає, на наш погляд, більш детального аналізу розробка в галузі «електронних карт здоров'я», які мають стати лейтмотивом подальших змін.

ВИСНОВКИ

Сучасна реформа охорони здоров'я передбачає впровадження заходів, які не будуть дублювати ті, що були емпірично випробувані на основі практики інших країн, особливо тих, які раніше йшли подібним шляхом трансформації. Проект реформи виглядає раціонально розгорнутим у часі з передбачуваним завершенням у перспективі кількох років. Однак, фактичний успіх розпочатих заходів потрібно пов'язати з низкою побічних впливів, як зовнішніх, так і пов'язаних із передумовами реформи. Зокрема, потребують уваги макроекономічні умови функціонування галузі в умовах воєнної агресії РФ та забезпечення відповідними ресурсами для надання медпослуг.

Важливе значення має обсяг затрат на охорону здоров'я у відношенні до ВВП, але в першу чергу мають значення витрати в абсолютних величинах, оскільки вплив цього фактора на результати системи охорони здоров'я однозначно помітніший. Іншими словами, успіх реформи охорони здоров'я безпосередньо залежить від успішності перетворень та росту української економіки.

Іншим, основоположним фактором неефективності діяльності системи медицини є масштаб участі держави у питаннях фінансування заходів реформування охорони здоров'я, де, як зазначалося, великий обсяг матеріального навантаження та витрат на охорону здоров'я лежить на боці самих пацієнтів, що є серйозною перепорою зменшення перспектив досягнути належного лікування. Як така, ця проблема може бути сильним обмеженням для досягнення передбачуваних завдань реформи в епідеміологічному вимірі. Зниження ступеня добробуту населення України, також може бути фактором, що обмежує популярність пропонованих додаткових інструментів медичного захисту, що зрештою призведе до того, що справжні трансформації залишаться на папері.

Окрім фінансових аспектів, є й інші чинники, які можуть становити загрозу остаточному успіху модернізації системи управління медичною

галуззю. Однією з них є запізнення моменту вживання корекцій, що спричинило консолідацію різного роду патологічних процесів, що заміщають неефективну номінальну суспільну систему. Ці альтернативні інструменти врегулювання механізмів управління послугами й видатками на охорону здоров'я породили низку звичок, які спостерігаються як у постачальників, так і у пацієнтів. Від цих звичок може виявитися важко позбутися, особливо коли вони зачіпають життєво важливі інтереси впливового лобізму.

За цієї причини керівники модернізації зобов'язані зважати на перспективу того, що в ході змін у недовготривалій перспективі матимуть незначні позитивні наслідки, а повне здійснення його завдань може стати тривалим процесом. Але у такому продовженому майбутньому вирішальний поступ залежить від повного результату дій, вжитих центром прийняття політичних рішень у реалізації вибраного маршруту трансформацій. Зриви останніх експериментів реформ, які здебільшого ґрунтувалися на подібних пріоритетах, можна розглядати як додаткове свідчення невизначеності кінцевого результату та його вразливості до небажаного впливу руйнівних факторів.

Визначення перспективи і ролі державної та місцевої політики України у функціонуванні галузі охорони здоров'я полягає як у роздержавленні і наданні самостійності медичним закладам, так і одночасно, у централізованому теоретико-методологічному управлінні, з урахуванням кращих практик світу, що постійно змінюється.

Рациональне використання часу завдяки e-Health стало однією з можливих переваг модернізації галузі, тому експерти визначають ці впровадження в медицині як основні. Стало можливим у реальному часі обрати і записатись на прийом до лікаря, отримати рецепт і перевірити наявність потрібних ліків у лікарняному закладі чи аптеці.

Наявність електронної медичної картки, також надає багато зручностей як за місцем помешкання, так і поза його межами, коли медичні працівники можуть звернутись до вичерпної медичної інформації щодо пацієнта

скорочуючи тим самим час долікувального періоду та економлячи кошти на повторні дублюючі обстеження.

В той же час, лікарі також усвідомили позитиви електронної системи, що полягають у тому, що вся необхідна інформація формується автоматично в електронній системі, відповідно, лікар може приділити більше часу пацієнту, марно не витрачає час на звіти. Лікар, окрім того, певною мірою захищений від лікарської помилки, тому що існує прозорість механізму лікарських втручань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України (Із змінами, внесеними згідно із Законами № 2222-IV від 08.12.2004, ВВР, 2005, № 2, ст.44; № 2952-VI від 01.02.2011, ВВР, 2011, № 10, ст.68; № 586-VII від 19.09.2013, ВВР, 2014, № 11, ст.142; № 742-VII від 21.02.2014, ВВР, 2014, № 11, ст.143; № 1401-VIII від 02.06.2016, ВВР, 2016, № 28, ст.532; № 2680-VIII від 07.02.2019, ВВР, 2019, № 9, ст.50; № 27-IX від 03.09.2019, ВВР, 2019, № 38, ст.160) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 23.10.2022).

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Вводиться в дію Постановою ВР № 2802-XII від 19.11.92, ВВР, 1993, № 4, ст.20), (Із змінами, внесеними згідно з Декретом № 23-92 від 31.12.92, ВВР, 1993, № 11, ст. 93 та відповідними Законами України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 23.10.2022).

3. Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" уведений в дію Постановою ВР № 4005-XII від 24.02.94, у редакції 14.01.2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 23.10.2022).

4. Закон України "Про захист населення від інфекційних хвороб", від 6 квітня 2000 р. № 1645-III, поточна редакція - від 10.12.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 27.10.2022).

5. Закон України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" № 1973-XII від 12.12.91. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>,

Закон України Про внесення змін до Закону України № 2861-VI від **23.12.2010** "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення" URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text> (дата звернення 27.10.2022).

6. Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" від 28.12.2015, № 2586-III, . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text> (дата зверення 27.10.2022).

7. Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22.02.2000 № 1489-III (Редакція станом на 20.12.2018). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення 27.10.2022).

8. Закон України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 № 123/96-ВР (Редакція станом на 08.06.2022). URL: <https://www.dec.gov.ua/materials/zakon-ukra-ni-pro-likarski-zasobi/> (дата зверення 27.10.2022).

9. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764 (дата звернення 23.10.2022).

10. Медреформа по-українски: с больной головы на здоровую. URL: <https://commons.com.ua/uk/medreforma-po-ukrainski/> 28.10.2022

11. Третьяк, Д., 2016. «Медицинское страхование в системе финансового обеспечения здравоохранения в Украине». В: Young Scientists, № 6 (33), с. 123–127.

12. Общественное здоровье и управление здравоохранением. URL: https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/0afb0c8a-5ad3-411e-b281-9f7f0006a4f4/public%20health%20and%20management%20of%20healthcare_printed_final2_c%20kz.pdf

13. Систему здравоохранения ожидают реформы: Указ Президента. URL: https://biz.ligazakon.net/ru/news/205709_sistemu-zdravookhraneniya-ozhidayut-reformy-ukaz-prezidenta (дата звернення: 04.11.2022)

14. Директива 2005/36/EC. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0_2005/36/%D0%95%D0%A1 (дата звернення: 05.11.2022).

15. Указ Президента України №369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення: 21.10.2022).

16. Коментарі до Указу Президента України № 369/2021. URL: <https://www.apteka.ua/article/606274> (дата звернення: 23.10.2022).

17. Здоров'я. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F> (дата звернення: 03.11.2022).

18. Якість життя. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F (дата звернення: 03.11.2022).

19. Цифровизация здравоохранения: на пути к «электронной карте здоровья». URL: <https://roscongress.org/materials/tsifrovizatsiya-zdravookhraneniya-na-puti-k-elektronnoy-karte-zdorovya/> (дата звернення: 23.10.2022).

20. Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., McGinnis, J.M. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America [Электронный ресурс] / M. Smith, R. Saunders, L. Stuckhardt, J.M. McGinnis. — Committee on the Learning Health Care System in America, The Institute of Medicine. Washington, D.C.: The national academies press. — 2013. URL: <http://www.nap.edu/catalog/13444/best-care-at-lower-cost-the-path-to-continuously-learning> (дата звернення: 25.10.2022).

21. L. Stuckhardt, J.M. McGinnis. — Committee on the Learning Health Care System in America, The Institute of Medicine. Washington, D.C.: The national academies press. — 2013. URL: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/13444/best-care-at-lower-cost-the-path-to-continuously-learning>

Suggested citation. Institute of Medicine. 2013. *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. Washington, DC: The

National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13444>. (дата звернення: 25.10.2022).

22. В Україні вводять нові правила продажу ліків: на які препарати буде поширюватися е-рецепт. URL: <https://donpatriot.news/article/v-ukrayini-vvodyat-novi-pravila-prodazhu-likiv-na-yaki-preparati-bude-poshiryuvatisya-e-recept> (дата звернення: 15.10.2022).

23. У МОЗ прокоментували розширення реформи системи інвалідності. URL:

<https://toneto.net/news/krasota-zdorove-sport/moz--rozshirennya-reformi-sistemi---nval--dnost--> (дата звернення: 27.10.2022).

24. Електронні рецепти на ліки: з чим сьогодні виникають проблеми. URL:

<https://newsyou.info/2022/10/elektronni-recepti-na-likiv-z-chim-sogodni-vinikayut-problemi> (дата звернення: 25.10.2022).

25. У лікарнях України відтепер офіційно працюватимуть капелани.

URL: <https://bomok.com.ua/novyny/u-likarnyah-ukrayiny-vidteper-ofitsijno-pratsyuvatymut-kapelany/> (дата звернення: 25.10.2022).

26. В Україні почав роботу інститут військового капеланства: видали перші 83 мандати. URL: <https://kontrakty.ua/article/206283> (дата звернення: 27.10.2022).

27. У боротьбі за пацієнта. Вже з 2023 року Національний інститут раку укладатиме договори з НСЗУ. URL: <https://mister-blister.com/u-borotbi-za-pacienta-vzhe-z-2023-roku-nacionalnij-institut-raku-ukladatime-dogovori-z-nszu/> (дата звернення: 09.11.2022).

28. У Програмі медгарантій нові пакети безкоштовної допомоги: що має знати пацієнт? URL: <https://mister-blister.com/u-programi-medgarantij-novi-paketi-bezkoshtovnoi-dopomogi-shho-maie-znati-pacient/> (дата звернення: 09.11.2022).

29. State medical provision and health financing in Ukraine as compared to the experience of Western European countries. URL: https://www.researchgate.net/publication/332857200_ (дата звернення: 10.11.2022).